

HISTORIQUE MÉDICAL ET DENTAIRE

Chère Patiente, Cher Patient,

La Dentisterie est, aujourd'hui, devenue une science complexe faisant partie intégrante de la Médecine.

Afin de vous soigner avec la plus grande sécurité et de vous assurer les meilleurs traitements dentaires, un historique détaillé de votre état de santé général et dentaire est, désormais, de la plus grande importance. Pour cela, nous avons besoin, de votre part, d'un certain nombre d'informations essentielles concernant votre santé, vos traitements médicamenteux éventuels ainsi que l'état de vos dents.

C'est pourquoi, nous vous remercions de répondre avec soin aux questions suivantes. Quelques minutes seulement devraient vous suffire et cela nous apportera une aide précieuse. Chacune des réponses peut avoir un rapport direct ou indirect avec vos traitements dentaires. En effet, les études les plus avancées ont montré que les dents peuvent avoir une implication sur des pathologies se développant à distance dans tout le corps.

Bien entendu, les informations que vous nous donnerez resteront **strictement confidentielles** et ne pourront être divulguées auprès de qui que ce soit, sans une autorisation écrite de votre part.

Par ailleurs, nous passerons ensuite, en revue ensemble, cet historique et nous en discuterons en détails.

Si vous le souhaitez, n'hésitez pas à vous adresser à mon Assistante, ou à moi-même pour vous aider à le remplir.

D^R DUHAMEL et son Equipe.

- Si oui, de combien de mois :
- Prenez-vous actuellement la pilule ? Oui Non
- Prenez-vous un traitement contre l'ostéoporose ou une autre maladie osseuse ?
Oui Non

Si oui, quel type de médicaments prenez-vous ? Hormones Œstrogènes Biphosphonates

Si vous pensez avoir toute autre maladie ou tout autre problème non indiqué dans la liste ci-dessus qui pourrait nous aider à vous soigner dans les meilleures conditions, merci de le préciser ici :

.....

HISTORIQUE DENTAIRE

A quand remonte votre dernier examen dentaire ? _____

Quel est le motif de votre consultation ? _____

Lors de vos précédentes visites chez le dentiste, avez-vous rencontré des difficultés particulières ?
Si oui, lesquelles ? _____

GENCIVES

Avez-vous remarqué que vos dents se sont écartées depuis quelque temps ? Oui Non

Vos gencives saignent-elles après le brossage, voire spontanément ? Oui Non

Avez-vous déjà été traité(e) pour les gencives ? Oui Non

Si oui, par : ◇ Chirurgie ◇ Médicaments ◇ Détartrage

DENTS

Avez-vous des dents extraites ? Oui Non Si oui, pour quelles raisons :

◇ Caries ◇ Infection ou abcès ◇ Déchaussement ◇ Dent incluse

Les dents extraites ont-elles été remplacées ? Oui Non

Si oui, par : ◇ un bridge fixe ◇ un appareil mobile ◇ un Implant

Si non, pour quelle raison ? _____

Comment vous sentez-vous avec vos prothèses actuelles ? _____

Concernant l'utilisation des métaux dans votre bouche, avez-vous des préférences particulières ?

Oui Non

Si oui, lesquelles: _____

Avez-vous des dents sensibles :

Au chaud ◇ au froid ◇ au sucre ◇ aux acides ◇ ou à la mastication ◇?

MÂCHOIRES

- Serrez-vous ou grincez-vous des dents ? Oui Non
- Avez-vous remarqué des craquements, des claquements
ou une douleur à l'ouverture de la mâchoire ? Oui Non
- Avez-vous des difficultés à avaler, à mâcher
ou ne mâchez-vous fréquemment que d'un seul côté ? Oui Non

HYGIÈNE DENTAIRE

- Utilisez-vous une brosse à dent DURE MOYENNE ou SOUPLE ?
- Quand vous brossez-vous les dents MATIN MIDI SOIR ?
- A quel rythme changez-vous de brosse à dents ?
- Utilisez-vous le fil de soie dentaire ou les brossettes inter-dentaires ? Oui Non

HABITUDES

Avez-vous eu par le passé ou avez-vous maintenant l'une des habitudes suivantes :

- Succion du pouce Se mordre la langue, la lèvre ou la joue Jouer d'un instrument musical à vent
 Se ronger les ongles Mâcher un crayon, vos lunettes ou un stylo Croquer des cacahuètes ou des glaçons

Avez-vous l'impression d'avoir une mauvaise haleine ou un mauvais goût dans la bouche ? Oui Non

DENTISTERIE ESTHÉTIQUE

- Dans un large sourire, vos dents sont-elles toutes de la même couleur ? Oui Non
- Aimeriez-vous avoir des dents plus blanches ? Oui Non
- Etes-vous satisfait(e) de l'apparence de vos dents et de vos gencives ? Oui Non
- Mettez-vous la main devant la bouche lorsque vous riez ou souriez ? Oui Non
- Si vous aviez la possibilité de changer votre sourire, qu'aimeriez-vous changer ?

DIVERS

Avez-vous porté un appareil ou des bagues pour redresser vos dents ? Oui Non

Quelle est votre préoccupation principale concernant vos dents ?
.....

Idéalement, qu'aimeriez-vous modifier dans votre bouche ?

Etes-vous anxieux à l'idée de réaliser des soins dentaires ?

- Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup

Autres remarques utiles :

Merci de votre collaboration.

J'atteste l'exactitude de ce document et n'avoir rien omis. Je signalerai, immédiatement, toute modification concernant mon état de santé et mes prescriptions médicales.

Ville, le / /

SIGNATURE :